

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

312

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

JEAN-VICTOR-HENRI COULOMBEIX

Né le 24 Juin, 1909 à Paris.

Diagnostic et Traitement
des
Polypes intra-cavitaires
de l'Utérus

Président : M. Mocquot, professeur

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE

1937

915

Diagnostic et Traitement
des
Polypes intra-cavitaires de l'Utérus



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie thérapeutique et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO.
	{ GOSSET.
	{ GREGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE.	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
BARJÉTY.	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.	M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
BERNARD (Étienne)	Pathologie médicale	LÉVY-VALENSI . .	Neurologie et Psychia- trie.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgi- cale.
BOULIN	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
BULLIARD.	Histologie.	MOREAU.	Pathologie médicale.
CATHALA.	Pathologie médicale.	MOULONGUET . .	Pathologie chirurgi- cale.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
COSTE.	Pathologie médicale.	OBERLING.	Anatomie patholo- gique.
DOGNON.	Physique.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgi- cale.
FEY	Urologie.	PIÉDELIÈVRE . . .	Médecine légale.
FUNCK.	Pathologie chirurgi- cale.	PORTES	Obstétrique.
GALLIARD.	Parasitologie.	RENARD	Ophthalmologie.
GASTINEL	Bactériologie.	RICHET	Physiologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SÈNÈQUE	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET.	Physiologie.	TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
GIROUD	Histologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	WILMOTH.	Pathologie chirurgi- cale.
HAZARD	Pharmacologie.		
HUGUENIN.	Anatomie patholog.		
JOANNON	Hygiène.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUEJOUL . . .	Obstétrique.		
LAROCHE (Guy) . .	Pathologie médicale.		
LELONG.	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens.

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LEROUX.	Anatomie patholo- gique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	PHILIBERT	Bactériologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirur.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER . . .	
CHIRAY		HEITZ-BOYER . .	
DONZELOT. . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN.		SCHWARTZ . . .	
VALLÉRY-RADOT .		VELTER.	
(Pasteur)			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE.	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER			
LEVY-SOLAL . . .			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BROCC

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat.

*qui fut mon premier maître dans
la carrière médicale, hommage
de ma profonde affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOCQUOT

Professeur de la Clinique gynécologique de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Broca.

*qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A M. LE DOCTEUR R. PALMER

Chef des travaux de Gynécologie de la Clinique de l'Hôpital Broca.

Témoignage de profonde gratitude pour les précieux conseils qu'il a bien voulu me donner.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

1928-29	M. LE PROFESSEUR LEJARS.
1929	M. LE PROFESSEUR BESANÇON.
1929	M. LE DOCTEUR BENSAUDE.
1930	M. LE DOCTEUR RICHARD.
1930	M. LE DOCTEUR BRULÉ.

Externat.

1931	M. LE PROFESSEUR LEJARS.
1932-33	M. LE DOCTEUR J. HUBER.
1933-34	M. LE DOCTEUR A. CAIN.
1934-35	M. LE DOCTEUR P. BRODIN.
1935-36	M. LE PROFESSEUR MARION.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES POLYPES INTRA-CAVITAIRES DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Nous ne voulons pas faire ici la description clinique de tous les polypes utérins dont l'évolution et le traitement sont déjà bien connus. Seuls nous intéressent les polypes fibreux ou muqueux développés tout entier dans la cavité utérine, à l'exclusion de ceux qui peuvent être accouchés dans le vagin par l'orifice cervical.

L'intérêt de cette question est de pouvoir faire une intervention conservatrice pour un polype qui est essentiellement une tumeur bénigne en gardant un utérus par ailleurs absolument normal.

Le diagnostic du polype intra-cavitaire n'est pas toujours chose aisée ; il n'existe en effet aucun signe clinique qui permette de l'affirmer, mais seulement de le soupçonner. De plus l'on ne s'attache pas souvent à le faire de façon précise, ce qui amène trop fréquemment à pratiquer une hystérectomie là où une simple polypectomie eût suffi, et même si le diagnostic est fait de façon précise, on ne cherche pas toujours à être

conservateur, car l'intervention conservatrice demande parfois plus de soins et de difficultés que l'intervention radicale.

La tendance moderne que nous voulons mettre en évidence par ce travail est de conserver l'utérus dans la mesure du possible toutes les fois qu'une contre-indication ne viendra pas réclamer une autre sanction. Il est bien évident que pour cela il faut être absolument sûr du diagnostic du polype lui-même et avoir recherché toutes les complications et lésions associées qui changeraient l'indication opératoire.

Cette opération conservatrice n'est pas nouvelle, elle est déjà pratiquée pour les polypes à évolution vaginale, ou pour ceux qui sont facilement atteints par la voie basse, nous voulons montrer surtout, avec l'appui de l'observation, que notre maître, le professeur Mocquot a bien voulu nous confier, que cette opération peut être pratiquée pour des polypes uniquement intracavitaires, pour lesquels on préférerait souvent une hystérectomie, fréquemment du reste par insuffisance de précision de diagnostic.

Nous allons donc montrer comment on peut arriver à un diagnostic de polype intra-utérin suffisamment précis ; nous parlerons surtout des méthodes actuelles et en particulier de l'hystérogaphie et de l'hysteroscopie qui permettent d'aboutir à une certitude plus grande.

Avant de terminer cette introduction, nous tenons à exprimer notre profonde et très vive reconnaissance à notre maître et président de thèse, le professeur Moc-

quot, qui a bien voulu nous accueillir dans son service et nous communiquer les documents nécessaires à ce travail. Nous remercions tout particulièrement le Dr Palmer chef des travaux de gynécologie qui a pris intérêt à notre thèse et nous a guidé de ses précieux conseils.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE

Nous nous excusons de rappeler brièvement les signes du polype utérin qui n'ont pour nous que l'intérêt d'aiguiller vers le diagnostic. Ce sont ces signes connus depuis longtemps qui permettent de soupçonner le polype et doivent nous amener à pratiquer certains examens et en particulier le radio-lipiodol.

SIGNES FONCTIONNELS

Le signe essentiel le premier en date, le seul vraiment important, est *l'hémorragie*, ménorragie, ou métrorragie dont nous citerons rapidement les caractères plus particuliers au polype.

Ce sont, soit, des ménorragies prolongées, soit des métrorragies apparaissant quelques jours après les règles et répétées plusieurs fois entre deux périodes menstruelles, soit enfin des hémorragies irrégulières abondantes acycliques ; elles augmentent en abondance, en durée et en nombre au cours de l'évolution ; elles sont spontanées et n'ont pas le caractère traumatique de celles du cancer. Enfin elles s'accompagnent fréquemment de coliques utérines et d'hydrorrhée.

Nombre d'affections gynécologiques et particulièrement le cancer du corps utérin débutent par des hémorragies et l'on conçoit que si l'on ne peut perfectionner le diagnostic, le doute fasse pratiquer une hystérectomie.

EXAMEN CLINIQUE

A l'examen gynécologique on peut trouver un corps utérin un peu gros, régulier de consistance ferme ou un peu ramollie, un col mou parfois entr'ouvert. Dans quelques cas la tumeur peut être perçue de façon intermittente à bout de doigt à travers l'orifice cervical dilaté ; il s'agit alors de polypes déjà évolués, et qui, si on ne les enlève pas se développeront dans le vagin. D'autres fois un polype du col fera soupçonner l'existence possible d'autres polypes à l'intérieur de l'utérus.

En somme, c'est le diagnostic d'une métrorragie qui se pose et particulièrement des métrorragies dues à une tumeur utérine ; polypes, fibromyomes, débris placentaires. Il faut s'assurer de leur nature et surtout avant de poser l'indication thérapeutique on doit éliminer la possibilité d'un cancer du corps utérin.

Cela nous amène à pratiquer divers examens courants connus depuis longtemps qui, par leurs résultats, conduiront à faire une hystérographie.

1° L'hystérométrie. — Elle peut rarement donner la sensation d'un corps étranger intra-cavitaire, mais ne renseigne pas sur sa nature. Cet examen peut rester

absolument négatif sans que l'on puisse conclure à l'intégrité de la cavité utérine.

2° Le curettage explorateur. — C'est un excellent moyen de diagnostic lorsque la curette ramène des débris de tumeur qui permettent un examen histologique. Cette méthode est parfois thérapeutique aussi bien que diagnostique lorsqu'il s'agit d'un polype muqueux. Mais on sait combien il est fréquent que le curettage le plus précis et le mieux conduit passe à côté d'un polype même volumineux. D'autre part, l'examen histologique des débris du curettage est souvent bien difficile ; il nécessite l'étude de très nombreuses coupes avant de trouver le point essentiel de la lésion. Enfin, il réclame une préparation souvent difficile de dilatation du col utérin ; il n'est pas non plus sans danger d'infection.

3° Le toucher intra-utérin. — Il peut être utile au diagnostic ; une tumeur, ou un polype en particulier échapperait moins facilement au doigt qu'à un instrument, mais cette vérification digitale nécessite également une anesthésie et une dilatation importante, parfois pénible et douloureuse, voire même impossible dans le cas de col scléreux ; elle devient alors une véritable intervention. Le doigt est en outre très serré dans la cavité et ne peut en explorer très facilement toutes les parois. Cette méthode n'est donc pas très concluante ; on ne la pratique pas du reste de façon courante.

On voit donc que ces examens, utiles parfois, ne permettent cependant pas un diagnostic très précis, c'est pourquoi on a recours à d'autres méthodes d'exploration de la cavité utérine et en particulier à l'hystéroggraphie.

CHAPITRE II

HYSTÉROGRAPHIE

L'exploration radio-lipiodolée de la cavité utérine ou hystérographie est actuellement le procédé le plus commode. Perfectionnée depuis ces dernières années, elle est maintenant pratiquée dans d'excellentes conditions de façon journalière. Elle ne nécessite aucune préparation ni anesthésie, ni dilatation.

1° L'INSTRUMENTATION

Elle consiste en une pince à griffes pour fixer le col, une sonde parfaitement adaptée à l'orifice cervical, et reliée à une seringue pour injecter le lipiodol. Il existe actuellement des appareils stables, étanches et robustes munis d'un manomètre qui permettent la mesure de la pression sous laquelle l'injection est faite.

A l'hôpital Broca, MM. Mocquot, Palmer, Lejeune et Riazzi utilisent un instrument dont le calibre intérieur est le plus large possible et uniforme (3 mm.) pour éliminer les erreurs de pression dues à la viscosité du lipiodol. Cet appareil possède un piston à vis permettant le contrôle constant de la quantité de liquide injecté et un manomètre très sensible comportant une remise à zéro

2° LA TECHNIQUE

Elle est simple ; elle consiste à remplir progressivement de lipiodol la cavité utérine et à suivre au manomètre et sous écran radioscopique le remplissage.

Le seul point à discuter dans ce procédé qui a pour but de découvrir une tumeur dans la cavité de l'utérus est de savoir s'il nécessite le passage du lipiodol dans la trompe ou si l'on peut se contenter de remplir seulement l'utérus.

Pour beaucoup d'auteurs il semblerait prouvé que pour avoir un remplissage total de la cavité le passage du liquide dans les trompes soit inévitable. En fait cela vient souvent de ce que, avec les appareils courants à lumière très étroite, on doit développer dans la seringue des pressions importantes et qu'il est par conséquent impossible de contrôler la pression intra-utérine, le passage tubaire se faisant sans que l'on sente quoique ce soit au niveau du piston. Il faut pousser l'injection jusqu'à ce que la cavité utérine soit injectée toute entière, sans qu'il puisse exister d'erreur par défaut de réplétion. Toutefois, on ne dépassera jamais des pressions de 20 à 25 centimètres de mercure sous peine d'injecter le système vasculaire.

On a essayé de remplir l'utérus sans passage tubaire en se maintenant à des pressions très faibles ; il semble alors que l'on puisse arriver à une réplétion totale ; mais certains utérus ne permettent pas de rester à une pression très basse et très rapidement l'aiguille du manomètre monte brusquement. Du reste, l'injection

des trompes et le passage du lipiodol dans le péritoine ne sont pas dangereux et peuvent habituellement être faits sans inconvénient chaque fois qu'il n'y a ni infection ni métrorragie.

Dernièrement, MM. Mocquot, Palmer, Lejeune et Riazi ont fait une mise au point de la méthode où ils montrent que des pressions basses mesurées de façon très précise ne dépassant pas 5 à 7 centimètres de mercure sont suffisantes pour observer les phénomènes intéressants qui se passent dans la cavité utérine et le passage tubaire qui se produit aux environs de 4 à 7 centimètres de mercure.

L'injection doit se faire très lentement par 1/2 centimètre cube en attendant que l'aiguille du manomètre se stabilise avant de pousser de nouveau 1/2 centimètre cube, et sans jamais élever la pression dynamique de plus de 2 centimètres au-dessus de la pression intra-utérine.

Pendant ce temps l'image est observée à l'écran radioscopique et la prise d'un cliché fixe toute image paraissant intéressante ; un cliché est pris systématiquement à une pression de 4 centimètres de mercure avant le passage tubaire. On peut être ainsi sûr de la réplétion parfaite et éviter l'injection des trompes si celle-ci paraît contre-indiquée.

Bien plus nécessaire que la mesure de la pression est de suivre continuellement la progression du lipiodol sous l'écran. Toute irrégularité, toute modification de l'image de remplissage sera fixée par un cliché ; ainsi on ne passera pas à côté d'une tumeur qui peut se deta-

cher en clair sur fond sombre au début du remplissage et disparaître à la phase de distention. Il est compréhensible en effet qu'une petite tumeur telle qu'un polype qui ne déforme pas les bords de la cavité, soit d'abord contournée par le lipiodol, puis, recouverte et masquée par lui, quand la réplétion est plus complète, et ainsi passer inaperçue, si l'on n'a pas suivi l'injection.

Enfin, l'on prendra des clichés de face à différentes pressions. Les vues de trois quarts obliques droites et gauches seront faites pour s'assurer des modifications que peut subir la cavité utérine au niveau des faces antérieure et postérieure. L'image de profil est difficilement lisible, à cause de la superposition d'ombres osseuses, à l'opacité utérine ; c'est pourquoi l'on préfère des vues en oblique sur lesquelles l'utérus se projette dans la grande échancrure sciatique, s'il n'y a pas de rétroversion.

3° INDICATIONS

L'hystérographie sera pratiquée dans tous les cas où l'on veut perfectionner un diagnostic, ou ceux dans lesquels aucune des autres méthodes n'a pu amener une conclusion. Elle devra se faire avec la plus grande asepsie et en dehors des règles ou d'une métrorragie.

4° CONTRE-INDICATIONS

Ce sont celles de toute manœuvre intra-utérine ; on ne pratiquera pas d'hystérographie :

a) Quand une grossesse n'aura pas été écartée d'une façon certaine ;

b) En cas d'hémorragie trop abondante, car on pourrait lancer dans la circulation des particules huileuses, causes d'embolies ; on s'exposerait surtout à des erreurs d'interprétation par l'existence de caillots intra-utérins ;

c) Mais surtout la grosse contre-indication est l'infection, suppuration utérine et péri-utérine ; toute manœuvre utérine risquant d'aggraver les lésions.

C'est donc dire que l'hystérographie devra être précédée d'un examen gynécologique minutieux et complet dont elle ne sera que le complément et que cette manœuvre sera faite avec l'asepsis la plus rigoureuse, comme toutes les manœuvres intra-utérines.

5° RÉSULTATS

Normalement la cavité utérine se présente sur un cliché de face sous forme d'un triangle à base supérieure à sommet inférieur, à bords latéraux concaves en dehors, et dont l'opacité est homogène ; sur les vues en oblique sous forme d'une poire allongée, avec un angle d'anteflexion. Toute modification de forme, toute irrégularité des contours, tout défaut de remplissage indiquera une lésion.

Dans le cas du polype qui nous intéresse en suivant le remplissage en radioscopie, on verra le lipiodol injecter une partie laissant en clair toute une zone ; il se formera ainsi une image lacunaire, le lipiodol contournant la tumeur et la dessinant en blanc sur le fond noir du reste de l'utérus injecté. Cette image peut se modifier au cours du remplissage et se réduire, parfois même, disparaître d'où l'intérêt de la prise de clichés en série.

C'est une lacune de contours arondis, réguliers, nets, sans bavures, indice de béginité vraisemblable de la tumeur. Elle peut siéger sur un bord de la cavité encochant ce bord et donnant une image en croissant dont les pointes sont plus ou moins rapprochées. Tantôt, elle semble rattachée à ce bord par un mince pédicule, tantôt, au contraire, elle s'implante plus largement. Sur d'autres images elle siège en plein centre de la cavité complètement cernée par le lipiodol et sans rapports avec les bords. Cette dernière image lacunaire sur l'un des clichés de trois quarts peut ne présenter aucune attache avec la paroi utérine, ou une attache très fine. Dans quelques cas la lacune se trouve au niveau d'une corne utérine donnant une figure en cupule de cette corne, au lieu de l'angle aigu normal.

Le volume est en moyenne celui d'une noix, parfois, il est plus gros, souvent il est plus petit.

La lacune est généralement unique, parfois plusieurs petites taches sont visibles dans la cavité utérine. Enfin la cavité est souvent agrandie.

Telles sont les images que l'on peut observer le plus communément dans le cas de polypes.

6° INTERPRÉTATION

Leur interprétation n'est pas toujours commode, elles indiquent la présence d'un corps étranger intra-utérin mais elles ne permettent pas toujours de définir sa nature. Le diagnostic se pose donc avec toutes les tumeurs intra-cavitaires.

Le Fibrome sous-muqueux se présente sous forme d'une

image déformant la cavité, se rattachant largement à la paroi utérine en une grande encoche d'un bord. Cette lacune peut sembler isolée au centre, sur un cliché de face, et au contraire sur le cliché en oblique se voir unie à une paroi sur une grande étendue. On voit l'intérêt du trois quarts dans ce cas.

Il est des cas où l'image est moins typique, par exemple s'il s'agit d'une lacune d'une corne, ou en présence d'une grosse lacune comblant presque toute la cavité. Il est alors souvent impossible d'affirmer l'un ou l'autre diagnostic.

Le diagnostic entre fibrome sous-muqueux et polype n'est possible qu'à l'hystérographie et sur les clichés de face et en oblique. Il a son intérêt car un polype se complique plus facilement et nécessite, donc de façon plus impérieuse, une intervention. D'autre part le fibromyome sous-muqueux réclame une intervention plus large, parfois même une hystérectomie à cause de l'étendue de la tumeur et de l'état souvent fibromateux de l'utérus.

Des débris placentaires en rétention peuvent être discutés en présence de certaines images moins régulières de contours, moins arrondies. En l'absence des renseignements fournis par l'anamnèse on s'appuie sur l'existence d'une contractilité très vive de l'utérus, visible à la radioscopie et au manomètre, sur l'asymétrie des bords et l'altération des contours utérins, à la radiographie. Ce diagnostic n'a pas une très grave importance car la rétention placentaire peut rentrer dans le cadre des polypes utérins, et un simple curettage suffit à l'enlever.

C'est surtout le diagnostic de *cancer du corps* qu'il faudra éliminer avant de conclure à un polype et de proposer une intervention conservatrice, devant une image de forme pas très régulière dont les contours ne sont pas très nets.

L'image cancéreuse se caractérise par des limites déchiquetées, irrégulières ; elle a un aspect marécageux qui fait aussitôt songer à la malignité. Cependant, dans les cancers au début, la lacune peut ressembler à celle du polype avec seulement un point qui paraît suspect.

En conclusion on ne peut affirmer le diagnostic de polype que sur des images hystérographiques montrant une lacune arrondie et régulière à bords nets, du volume moyen d'une noix, non rattachée ou très finement rattachée à la paroi utérine aussi bien sur les clichés de face que sur les clichés de trois quarts.

Dans tous les autres cas où le doute peut subsister sur la nature de la tumeur il faut se rapporter à la biopsie. L'hystérographie présente alors l'avantage d'indiquer le point où devra porter le curettage pour faire un examen histologique qui seul pourra nous renseigner sur la nature de cette tumeur. Cela devient un curettage dirigé dont on peut attendre des résultats importants.

D'autres renseignements peuvent être fournis par l'hystérographie. Le pédicule du polype est parfois visible et l'on peut juger de son épaisseur et de son point d'implantation, indices utiles pour la thérapeutique.

Quelquefois l'aspect de l'image peut permettre de dire polype fibreux ou polype muqueux. Une lacune unique du volume d'une noix, en général, ou plus grosse, nettement pédiculée, dans une cavité agrandie sera en faveur du polype fibreux. Les polypes muqueux se caractérisent, habituellement, par des lacunes plus petites ne dépassant pas la taille d'une noisette, au nombre de deux ou trois, pédiculées très finement ou complètement isolées dans la cavité à peine modifiée. Cette distinction est souvent bien délicate et, seules, nous paraissent à retenir, les différences de volume : gros pour le polype fibreux, petit pour le polype muqueux. Ce sera souvent le curettage dirigé qui tranchera ramenant la tumeur quand elle est muqueuse n'arrivant pas à la détacher si elle est fibreuse.

L'hystérogaphie va permettre encore de dépister des lésions pouvant être associées au polype et que l'on ne soupçonnait pas à la clinique; souvent une grosse déformation de la cavité, encoche d'un bord, par exemple, due à l'existence d'une autre tumeur et surtout d'un fibrome sous-muqueux ou interstitiel faisant saillie dans la cavité; irrégularité flou, d'un bord dûs à un cancer associé souvent à un polype muqueux.

Le radio-diagnostic lipiodolé est donc une méthode simple, présentant de grands avantages, pouvant être pratiquée dans presque tous les cas hormis quelques contre-indications de toutes les manœuvres intra-utérines. Il prouve, toujours, qu'il existe une tumeur intra-utérine; il en indique les contours, le volume, le siège

et guide ainsi la biopsie qui renseigne sur sa nature histologique dans les cas douteux. Ainsi l'hystérographie dirige la thérapeutique en permettant un diagnostic précis.

CHAPITRE III

HYSTÉROSCOPIE

L'endoscopie utérine actuellement employée de plus en plus supplée à l'hystérographie quand celle-ci n'est pas suffisamment édifiante et quand on veut avoir un complément d'information.

Elle est maintenant pratiquée fréquemment, et quoiqu'elle n'ait pas atteint la valeur de l'endoscopie en urologie, elle n'en donne pas moins d'utiles renseignements.

1° INSTRUMENTATION

Il existe plusieurs appareils ; dans le service du professeur Mocquot on emploie celui de Segond légèrement modifié. Il comporte :

a) Un tube extérieur du calibre de 10 des bougies de Hégar muni d'un mandrin à extrémité conique ;

b) Dans ce tube coulisse la partie principale ou berceau. Cette partie comprend le système laveur, l'éclairage, une optique foroblique et les instruments opérateurs (pince à biopsie). Il peut être solidarisé avec le tube extérieur.

L'optique foroblique a l'avantage de permettre non

seulement la vision en bout, mais aussi la vision latérale, ce qui permet d'explorer toute la cavité.

2° TECHNIQUE

Elle ressemble un peu à celle de l'urétroscopie par la difficulté que crée l'absence de recul.

Une dilatation légère jusqu'au n° 10 de Hégar ou mieux n° 30 de Douay est nécessaire. On l'obtient facilement après anesthésie du col et de l'isthme ou mieux après une anesthésie paramétrale.

Dans l'orifice cervical préalablement fixé et dilaté progressivement, on introduit le tube extérieur muni de son mandrin jusqu'au fond de l'utérus. Puis ayant retiré le mandrin on lave la cavité à l'aide d'un courant d'eau stérile jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

Le berceau est alors mis en place et l'on peut commencer l'exploration. Pour avoir la vision des parois utérines, il faut les écarter de l'optique. On utilise la pression de l'eau en obturant l'orifice de sortie ; mais on ne doit pas faire passer de liquide dans les trompes, on s'exposerait à leur infection. Pour une bonne hystérocopie une pression de 60 à 65 millimètres d'eau est suffisante et ne doit pas être dépassée, encore ne faut-il pas la maintenir trop longtemps.

La vision est excellente si rien ne saigne, sinon on lave et l'on attend ; parfois de l'adrénaline ajoutée à l'eau de lavage facilite l'arrêt de l'hémorragie.

Pour faire l'hystérocopie proprement dite on explore l'endomètre en retirant peu à peu l'appareil et en faisant

à chaque centimètre un tour complet d'horizon on arrive ainsi à voir toute la cavité.

Les contre-indications de cette exploration sont les mêmes que pour l'hystérogaphie et les autres manœuvres intra-utérines, nous n'y reviendrons pas.

3° RÉSULTATS ET INTERPRÉTATIONS

Dans le cas du polype, en reculant l'hystéroscope on voit tout à coup une masse rougeâtre se placer devant l'optique et en obscurcir le champ ; mais en reculant davantage, on peut avoir une idée plus juste de l'aspect de cette masse.

C'est le plus souvent une masse rougeâtre, lisse plus ou moins vascularisée, de volume variable, parfois elle est visible toute entière dans le champ, d'autres fois on ne peut en voir qu'une partie, et l'on est obligé de déplacer l'hystéroscope pour l'examiner en totalité. On peut ainsi apprécier sa forme ovoïde ou grossièrement sphérique, ses connexions avec la paroi utérine et on juge de l'épaisseur et du point d'implantation du pédicule ; enfin en créant des remous dans la colonne liquide, on se rendra compte de la mobilité de la tumeur.

D'autres éléments sont fournis par cet examen ; l'état de la muqueuse utérine est visible ; elle est le plus généralement normale en cas de polype fibreux, fréquemment boursoufflée, tomenteuse d'aspect hyperplasique en cas de polype muqueux.

L'on peut surtout découvrir d'autres lésions que l'hystérogaphie n'avait pas montrées de façon cer-

taïne, un petit polype du fond ou d'une corne (comme dans le cas Jom...) d'autres fois un fibrome sous-muqueux se présentant comme une saillie de la paroi ne pouvant être mobilisée; une petite masse violacée d'aspect muriforme, sessile, saignant sous le contact de l'appareil fait penser au cancer et réclamera la biopsie que l'on pratiquera sous le contrôle de la vue pour éliminer ce diagnostic parfois difficile avec celui du polype.

Enfin dans les cas où l'hystérogaphie ne peut être pratiquée, si la malade n'est pas transportable, si l'on ne dispose pas d'une installation radiologique adaptée à l'exploration radio-lipiodolée, nous croyons que l'hystéroscopie peut la remplacer dans une certaine mesure.

En résumé l'endoscopie utérine est une exploration dont la technique est actuellement au point, de pratique assez aisée, ne demandant qu'une légère dilatation facilitée par l'anesthésie paramétrale.

Elle a l'avantage de permettre la vue de la lésion elle-même, d'en apprécier l'aspect et les caractères. Elle montre l'état de la muqueuse l'existence possible d'autres lésions. Enfin elle permet la biopsie sous le contrôle de la vue. Malheureusement nous n'en avons pas une expérience suffisante pour affirmer un diagnostic sur elle seule et nous ne pouvons la considérer actuellement que comme un complément d'information.

En conclusion, nous avons vu que l'on ne pouvait faire le diagnostic de polype intra-cavitaire de l'utérus,

sur l'examen clinique ou sur les méthodes d'exploration classiques. L'hystéroscopie et surtout l'hystérographie nous permettent au contraire d'affirmer le diagnostic de façon précise, nous montrant non seulement les caractères du polype, mais aussi l'existence possible d'autres lésions, éléments dont découle le traitement.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Deux méthodes s'opposent, d'une part l'hystérectomie, opération radicale qui enlève l'utérus avec la tumeur, d'autre part le traitement conservateur, se contentant de supprimer le polype en laissant l'utérus ; c'est la méthode idéale, mais est-il légitime de toujours la tenter ? Tel est le problème qui se pose.

C'est l'opération qui semble la plus logique car il s'agit d'une tumeur bénigne, on devra donc la pratiquer toutes les fois que cela est possible, c'est-à-dire toutes les fois qu'une contre-indication ne viendra pas réclamer une hystérectomie.

Cette contre-indication viendra du fait d'une complication du polype, d'une lésion associée et aussi dans les cas douteux où le diagnostic n'a pu être précisé d'une façon certaine.

Les lésions associées peuvent être d'autres tumeurs utérines, en particulier des fibromyomes. Ceux-ci peuvent être découverts à l'examen gynécologique normal et c'est alors en étudiant l'hystérographie que le polype peut être découvert. D'autres fois au contraire ce sera le radio-lipiodol qui aura montré avec l'image

du polype une déformation caractérisant un fibrome interstitiel ou sous-muqueux.

Dans ces cas la simple polypectomie est absolument insuffisante car l'on ne peut conserver un utérus dont la valeur fonctionnelle est bien diminuée par plusieurs tumeurs fibromateuses.

De même des lésions annexielles, salpingite, kyste de l'ovaire, peuvent coexister avec le polype et nécessitent par conséquent également une intervention, le polype pouvant n'être qu'une lésion accessoire.

Parmi les complications à rechercher avant de proposer une intervention conservatrice la plus grave est l'infection. Elle est en effet particulièrement fréquente en cas de tumeur intra-utérine. Les pertes leucorrhéiques, les écoulements muco-purulents ou purulents, leur odeur fétide ou non renseignent sur le degré d'infection. Celle-ci peut se borner au sphacèle superficiel de la tumeur, on a une légère endométrite et il n'est peut-être pas très prudent de faire une intervention intra-cavitaire qui peut aggraver les lésions.

D'autres fois au contraire, il y a infection plus étendue, métrite, salpingite, périmétrite avec empatement péri-utérin, et pelvipéritonite et l'on risque une extension des lésions voire même une septicémie en essayant de mobiliser l'utérus et à plus forte raison si on ouvre sa cavité pour atteindre la tumeur.

Du reste on sait la règle d'étudier la courbe de température, le pouls, la formule leucocytaire avant de se lancer dans une intervention gynécologique quelconque.

Enfin dans tous les cas où le diagnostic reste douteux,

lorsque l'hystérogaphie et l'hystéroscopie ne permettent pas d'affirmer la nature, et si la biopsie a donné des doutes sur la bénignité de la tumeur, mieux vaut pratiquer une intervention radicale seule possible en cas de cancer du corps utérin.

Par conséquent le cas vraiment idéal pour cette intervention conservatrice est celui du polype isolé, lésion unique et limitée, sans complication ; celui où l'hystérogaphie, l'hystéroscopie et la biopsie ont permis d'affirmer ce diagnostic.

Reste à savoir, lorsqu'on a choisi l'intervention conservatrice par quelle voie l'on passera. Cette question présente un intérêt considérable. C'est encore par les différents examens que l'on pourra préférer la voie haute ou la voie basse.

Il est bien évident que la voie vaginale sera préférable toutes les fois que le polype paraît facile à atteindre par en bas. Ce n'est pas toujours possible.

Lorsqu'il s'agit de très petites tumeurs, petit polype muqueux, par exemple, bien repéré, bien limité, parfois le curettage sera suffisant. Dans ce cas le curettage sera efficace car le polype est connu ; on en sait le siège, la taille, et ainsi la curette le ramènera facilement, on n'aura plus qu'à en faire l'examen histologique, ainsi que, des débris de muqueuse extraits.

Le plus souvent il s'agit de polype plus volumineux, et une autre intervention est nécessaire. Le polype fibreux est assez souvent isolé et se voit chez les femmes jeunes, double raison pour conserver l'utérus.

L'ablation du polype par torsion a été déjà pratiquée.

Elle ne peut être utilisée que dans les cas où il s'agit de polype déjà prêt à s'extérioriser dans le vagin, et visible à travers un col dilaté ; encore faut-il que le pédicule soit suffisamment grêle et mince, sinon, on risque une inversion utérine ou une rupture de la paroi utérine elle-même et de déterminer ainsi une hémorragie qui obligera peut-être à faire une hystérectomie secondaire.

Cette intervention est aveugle, et le plus souvent, on a recours à l'hystérotomie préférable à la dilatation du col qui ne donne pas assez de jour, même après anesthésie des paramètres et qui risque la déchirure, l'éclatement du col, voire même la rupture utérine. Elle est en tous cas impossible si le col est scléreux.

L'hystérotomie vaginale pour être faite avec les meilleurs résultats réclame certaines conditions mécaniques :

1° Il faut que le vagin soit suffisamment souple, non sclérosé, pour avoir un abord assez large.

2° Il faut que le col puisse s'abaisser aisément et que pour l'atteindre, on ne soit pas obligé de travailler au fond d'un puits, ce qui rendrait aveugle et très délicate la polypectomie.

3° Enfin faut-il encore que l'insertion du polype soit accessible ; cette dernière condition n'est pas très importante, si les deux premières sont réalisables, et si l'on peut facilement abaisser le col et dilater le vagin.

D'autres considérations peuvent faire rejeter l'hystérotomie vaginale : l'existence d'un pédicule large-

ment implanté sur la paroi utérine ; on risque en effet de déterminer en le sectionnant une hémorragie abondante que l'on ne pourra pas facilement arrêter et qui peut amener à pratiquer une hystérectomie. L'implantation du pédicule trop haut ou dans une corne utérine rend parfois difficile son abord, de même, si le polype est très volumineux, il peut masquer son pédicule et par conséquent rendre la polypectomie par voie vaginale obscure.

Cette hystérotomie vaginale ne sera donc réalisable que si le vagin est dilatable, le col abaissable, et dans le cas où le polype de volume moyen présente un pédicule assez facilement accessible et pas trop épais.

Dans tous les autres cas où cette voie d'abord semble incertaine, il vaut mieux renoncer à la voie vaginale et aborder le polype par la voie abdominale.

C'est l'intérêt considérable de l'observation de notre maître le Professeur Mocquot, de montrer que l'on peut faire une hystérotomie abdominale alors que jusqu'à présent l'on hésitait à ouvrir la cavité utérine par le péritoine.

La seule contre-indication à cette intervention est l'infection ; il est bien évident qu'il y a danger à ouvrir une cavité septique dans le péritoine. D'où la nécessité avant d'intervenir de faire un examen bactériologique des pertes, de suivre la température, le pouls, la formule sanguine de la malade.

La moindre infection fera rejeter l'hystérotomie abdominale et sera plutôt une indication en faveur de l'hystérotomie par voie vaginale.

Une autre difficulté de cette intervention est de savoir si l'incision de la paroi utérine ne présente pas d'inconvénient dans le cas où une grossesse surviendrait ultérieurement ; mais on pratique communément l'incision césarienne qui ne paraît pas diminuer la solidité de l'utérus.

Par contre un avantage considérable de la voie haute sur la voie basse est la possibilité de faire une hémostase beaucoup plus facilement, et d'avoir un jour suffisant pour intervenir sur des polypes ayant un pédicule très épais qu'il faut disséquer avant de sectionner.

On pratiquera, donc, cette hystérotomie abdominale dans tous les cas où la voie vaginale paraîtra difficile ou incertaine, et quand il s'agira de polypes volumineux à large pédicule implanté haut, mais à condition qu'il n'y ait aucune trace d'infection.

Dans n'importe quelle éventualité on terminera toujours par un examen histologique de la pièce opératoire, car des surprises sont possibles ; un polype muqueux peut être un cancer du corps au début, un polype fibreux peut être un adénomyome, ou un sarcome.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Nous donnerons d'abord, une observation du Professeur Mocquot, présentée par lui-même à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Elle montre la valeur de l'examen radio-lipiodolé qui a permis de faire le diagnostic d'un polype intra-cavitaire et de l'enlever par hystérotomie abdominale. Elle montre en outre les heureux résultats de la polypectomie dont les suites ont été très simples. C'est cette observation qui a été à l'origine de notre travail ; nous la reproduisons intégralement.

OBSERVATION I

Une femme de vingt-six ans vient consulter à l'hôpital Bichat, le 10 mars 1936, pour des hémorragies utérines. Depuis six mois les règles deviennent plus abondantes, plus douloureuses, et durent plus longtemps. Elles se prolongèrent d'abord pendant huit à dix jours, elles durent actuellement quinze jours et sont très douloureuses, surtout pendant les trois ou quatre premiers jours.

Les règles sont d'ailleurs très régulières et reviennent

tous les vingt-huit jours. Dans l'intervalle il y a quelques pertes blanches parfois un peu sanguinolentes, et quelques douleurs.

Ces ménorragies assez abondantes ont beaucoup affaibli la malade.

Cette jeune femme n'a jamais eu de grossesse ; pas de fausse couche. Elle a été réglée à dix-sept ans. Ses règles auraient toujours été normales et régulières.

L'examen ne révèle aucune particularité notable, le col est normal ; son orifice n'est pas élargi. Au toucher le corps utérin paraît un peu gros et un peu dur surtout dans sa moitié droite.

Un examen radiographique après injection de lipiodol fut pratiqué le 18 mars 1936.

A la radioscopie on voit le lipiodol s'engager à gauche et s'étendre peu à peu à droite ; mais il ne remplit pas toute la cavité utérine et dessine une image lacunaire à contours arrondis, occupant la partie supérieure et droite de la cavité utérine.

Sur les radiographies on voit une ombre assez dense qui occupe la partie gauche de l'utérus ; elle dessine une courbe à concavité supérieure et droite et s'élargit en haut ; puis à droite se dessine une autre ombre parallèle légère en bas, plus opaque en haut où elle semble correspondre au fond de l'utérus (voir A, fig. 1).

Au maximum de remplissage les deux ombres se rejoignent, mais tandis que le bord gauche et le fond de la cavité utérine agrandis sont bien indiqués par des lignes nettes, à droite l'ombre se termine en dégradé par deux courbes concaves.

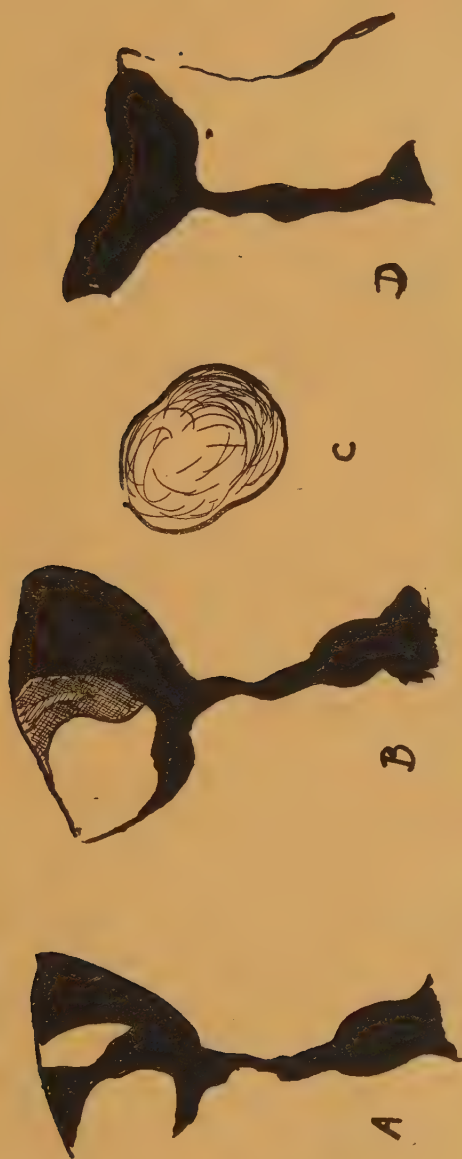


Fig. 1. — Cas Lor., 26 ans. — Polype fibreux enlevé par hystérotomie abdominale.

Le lipiodol est passé dans la trompe droite (B. fig. 1).

Sur cette image radiologique nous portons le diagnostic de polype intra-utérin.

Nous rejetons l'intervention par voie vaginale, parce que le col n'étant nullement dilaté l'opération sera certainement difficile, et que d'autre part, l'exploration indispensable sera impossible. On pouvait en effet se demander s'il ne s'agissait pas d'un petit myome sous-muqueux.

Nous préférons intervenir par une laparotomie qui permettrait de pratiquer dans de meilleures conditions, soit une myomectomie, soit une extirpation du polype après hystérotomie.

Intervention pratiquée le 20 mars 1936.

Anesthésie générale au mélange de Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est un peu gros, libre d'adhérences ; les annexes sont saines.

A la palpation l'utérus est un peu mou, mais l'on perçoit nettement dans l'intérieur une tumeur arrondie mobile.

On pratique alors sur la face antérieure au bistouri électrique, une incision verticale et médiane ; l'hémorragie n'est pas bien considérable. On passe des fils dans la paroi pour écarter la plaie et faire l'hémostase ; puis on ouvre la cavité utérine et par l'incision on fait saillir aussitôt un polype ovoïde du volume d'un œuf de pigeon. On reconnaît le pédicule situé à la partie supérieure et épais de 8 à 10 millimètres, on le coupe. A ce moment se produit une hémorragie assez abondante que la coagulation n'arrête pas. On la maîtrise en passant deux

points de catgut dans l'épaisseur de la paroi utérine.

L'incision de l'utérus est alors suturée par des points séparés de catgut, prenant toute l'épaisseur sauf la muqueuse.

Quelques points superficiels sur le péritoine.

Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Les suites opératoires ont été très simples ; le deuxième jour est apparue une perte de sang ayant les caractères des règles survenues un peu en avance. La perte se prolongea trois jours. Lors de l'ablation des fils il y eut une évacuation d'un petit hématome et désunion localisée qui nécessita un point de suture. La malade quitte l'hôpital le 10 avril.

Elle a été revue le 9 juin 1936 en très bon état. Ses règles ont été normales, aucune perte dans l'intervalle, aucune douleur.

Une radiographie a été pratiquée ce même jour. La cavité utérine apparaît régulière un peu étalée dans le sens transversal. L'ombre est homogène à bords nets ; la corne droite est bien dessinée, la corne gauche un peu élargie ; un peu de lipiodol est passé dans la trompe gauche (D, fig. 1).

Le polype avait la forme et les dimensions d'un œuf de pigeon, sa surface était un peu irrégulière (C, fig. 1).

Au microscope il apparaît constitué par une petite masse de myomètre assez sclérosée. Il n'y a pas de trace de muqueuse à sa surface.

Nous présentons maintenant une autre observation

de polype fibreux de l'utérus dans laquelle le radiolipiodol a permis un diagnostic précis, ce qui a autorisé la polypectomie par voie vaginale.

OBSERVATION II

M^{lle} Tur..., âgée de 21 ans, entre le 1^{er} juillet 1936, pour des métrorragies profuses depuis six mois. Ces métrorragies surviennent de façon irrégulière et s'accompagnent de coliques utérines et de pertes glaireuses peu abondantes.

Les règles de la malade sont très abondantes et douloureuses depuis 1932, époque à laquelle elle a subi un curettage pour métrorragies. Depuis les dernières règles, du 29 juin au 4 juillet, cette jeune femme présente de violentes douleurs hypogastriques, de la fièvre et des vomissements.

Un examen gynécologique montre un utérus gros et sensible refoulé en avant ; un col très en arrière dont l'orifice est dilaté ; un doigt engagé n'y rencontre pas de tumeur.

Une hystérographie manométrique à pression basse est pratiquée le 23 juillet (fig. 2) :

Une première image inutilisable montre seulement la partie inférieure de la cavité. Un deuxième cliché pris à P. S. = 2 dessine une grande lacune du fond utérin. Le lipiodol se répartit autour d'elle sous forme d'un croissant dont les pointes sont assez écartées.

On conclut à l'existence d'un gros polype fibreux du fond de l'utérus, et on opère la malade le 15 juillet par hystérotomie vaginale.

Après désinsertion du vagin et décollement de la vessie jusqu'à la hauteur de l'isthme on fait une section modérée du col sur la face antérieure jusqu'à l'isthme.

A ce moment le doigt introduit dans la cavité permet

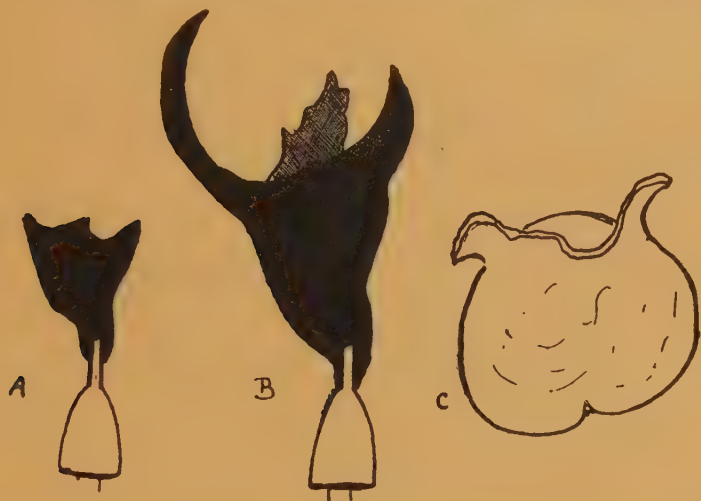


Fig. 2. — Cas Tur. — Polype fibreux enlevé par hystérotomie vaginale.

de repérer le polype qui présente le volume d'une mandarine. Il est amaré avec une pince mais ne peut être extériorisé. On commence le morcellement et le polype s'extériorise alors complètement. On peut se rendre compte de sa large implantation ; on se demande même si sous l'influence de la traction il n'y a pas inversion utérine. Aussi incise-t-on la muqueuse avec précaution à une certaine distance du pédicule. Celui-ci est alors sectionné progressivement après ligature et la fissure en partie comblée. Les bords de la plaie utérine sont rapprochés à l'aide de fils séparés.

On réduit le tout et on suture l'utérus par points séparés.

Examen de la pièce. — Le polype paraît constitué par un fibromyome du volume d'une mandarine en partie énucléé en partie recouvert d'une muqueuse épaissie.

Histologie. — Adénomyome.

Les suites ont été favorables et la malade est sortie de l'hôpital le 1^{er} août.

OBSERVATION III

M^{me} Ar., 40 ans, entre le 2 janvier 1935 pour une métrorragie et des douleurs.

Cette femme est réglée normalement et régulièrement. Ces dernières règles normales ont eu lieu du 23 au 28 décembre. Puis une hémorragie apparue du 31 décembre au 3 janvier inquiète la malade par son abondance.

Après arrêt de cette métrorragie, un toucher vaginal montrant un utérus un peu gros entraîne une nouvelle perte peu abondante.

L'hystérogaphie pratiquée le 7 janvier montre une cavité agrandie avec une tache ovulaire centrale plus claire (fig. 3).

Le diagnostic posé est celui de myome sous-muqueux et l'on pratique le 12 janvier une hystérectomie subtotale. L'ouverture de la pièce montre qu'il s'agit en réalité d'un polype.

Deux radiographies de trois quarts auraient sans doute évité cette erreur.

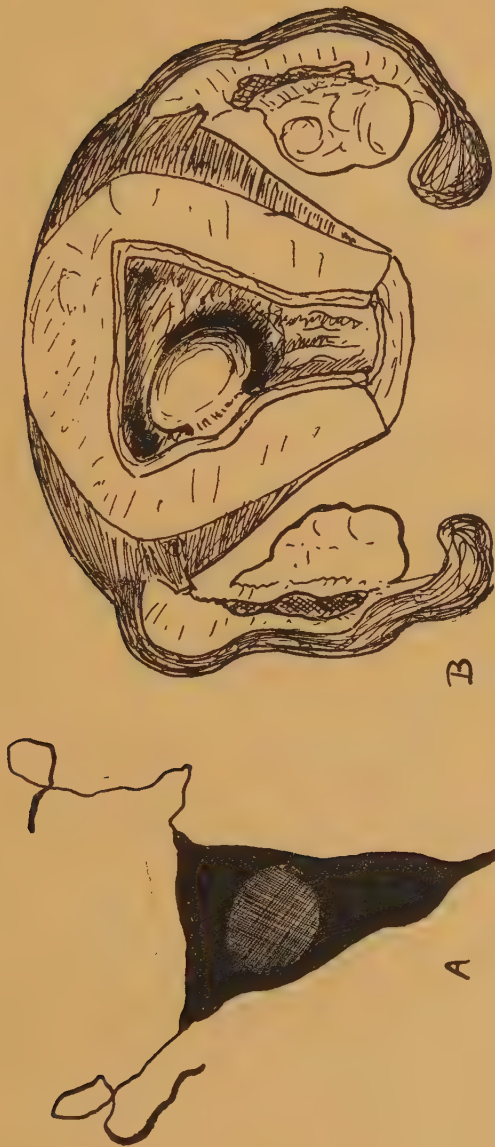


Fig. 3. — Cas Are. — Polype pris pour un myome sous-muqueux.

Voici maintenant une observation dans laquelle un diagnostic de polype porté sur un cliché de face a pu être redressé par une hystérographie en oblique ayant montré qu'il s'agissait en réalité d'un myome sous-muqueux.

OBSERVATION IV

M^{me} Lef..., 58 ans, entre à l'hôpital Broca pour des métrorragies survenant après sa ménopause; ce sont des pertes de sang rouge, spontanées, d'abondance moyenne.

L'examen met en évidence un utérus un peu gros.

Une première série d'hystérographies montre une cavité agrandie avec une énorme tache arrondie se rattachant par un fin pédicule au bord droit de l'utérus. Sur cette image on pose le diagnostic de polype fibreux (A, fig. 4).

Une deuxième série pratiquée ultérieurement et comportant un cliché de trois quarts montre qu'il s'agit en réalité d'un myome sous-muqueux; l'image se rattachant largement au bord utérin (B, fig. 4).

L'hystérectomie vaginale faite le 12 octobre confirme le diagnostic (C, fig. 4).

Ces deux observations montrent bien l'utilité des clichés de trois quarts.



Fig. 4. — Cas Lef. — Myome sous-muqueux pris pour un polype.
Diagnostic redressé par une radio de trois quarts.

L'observation que nous reproduisons montre l'intérêt de la prise de clichés en série et surtout à basse pression.

OBSERVATION V

M^{me} Pap..., 34 ans, entre à l'hôpital Bichat le 18 novembre 1936 pour des métrorragies et des douleurs.

Cette malade a eu en 1933 une grossesse extra-utérine pour laquelle on a fait une castration droite, puis une fausse couche d'un mois.

Dans la suite, apparaissent des crises douloureuses se répétant deux à trois fois par mois jusqu'en janvier 1936, où elles cessent. Les règles sont régulières et normales d'une durée de trois jours.

C'est au mois de mars 1936 que des pertes rouges, d'abondance moyenne, sans caillot surviennent. Elles se répètent deux fois par mois. En mai, une hémorragie beaucoup plus forte que les précédentes se produit.

On pratique une hystérographie le 18 mai (fig. 5).

Elle montre une cavité globuleuse. Le passage tubaire se fait à P. S. = 4. Pas de contraction utérine. Sur un premier cliché à P. S. = 3 une image lacunaire assez marquée est visible ; on n'en tient pas compte ; elle disparaît sur le second cliché à P. S. = 5.

Une biopsie est pratiquée le 8 juin : elle conclut à une métropathie d'origine ovarienne avec métrite déciduiforme.

La malade sortie de l'hôpital, y entre de nouveau le 18 novembre pour des métrorragies et des douleurs.

L'examen montre un gros col, un utérus gros en rétroflexion.

Une nouvelle hystérogaphie est faite le 18 novembre.

On constate alors, dans une cavité agrandie une image lacunaire siégeant au niveau du fond. Cette lacune, sensiblement superposable à celle vue sur le premier

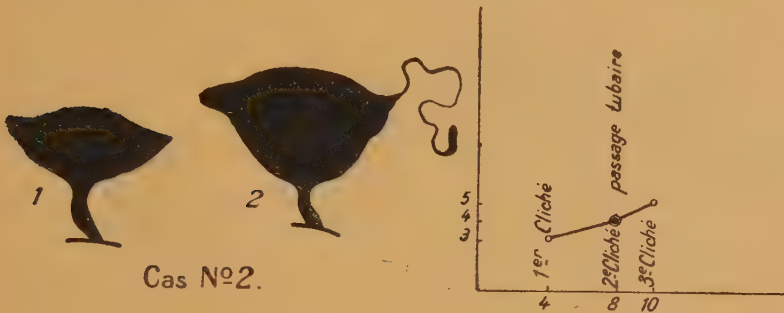


Fig. 5. — Cas Pap. — Polype pris pour métropathie déciduiforme.

cliché du mois de mai, est de contours assez nets, arrondis. Son attache au bord utérin n'est pas visible. Cette image persiste sur plusieurs clichés, toutefois elle est moins nette sur les dernières hystérogaphies.

On conclut alors, à l'existence d'un polype fibreux du fond utérin et on opère le 24 novembre.

1° *Colpotomie postérieure.* — On libère quelques adhérences de la face postérieure de l'utérus.

2° *Colpotomie antérieure.* — Décollement vésico-utérin. Hystérotomie et bascule de l'utérus.

3° *Exploration.* — L'utérus est gros, le péritoine dépoli, la muqueuse hyperplasiée fragile ; un gros polype, plutôt mou, est visible au niveau du fond ;

trompes normales congestionnées ; ovaires avec péri-ovarite.

4^o *Hystérectomie vaginale*. — Suture du vagin.

Laboratoire : réaction adénomateuse de la muqueuse.
Polype bénin.

Le cas de M^{me} Pap... est particulièrement instructif pour mettre en évidence le fait que des images de polype visibles lorsqu'une faible quantité de lipiodol est injectée peuvent disparaître si on remplit davantage la cavité. Elles traduisent cependant l'existence d'une tumeur utérine comme le prouve les hystérographies prises ultérieurement.

Les deux observations qui suivent mettent en évidence le rôle de l'hystéroscopie.

OBSERVATION VI

M^{me} Jac..., 42 ans, consulte à Broca pour des ménorragies datant de six mois. Les dernières règles ont eu lieu du 16 au 19 avril. Le 28 avril se produit une métrorragie qui dure quatre jours.

L'examen montre un utérus un peu gros.

Un radio-lipiodol est fait le 22 mai. Il met en évidence une lacune ovalaire de petite taille à l'angle inférieur de la cavité corporeale (A et B, fig. 6).

Hystéroscopie le 26 mai. La muqueuse fundique est congestionnée. Quand on a reculé de quatre centimètres,

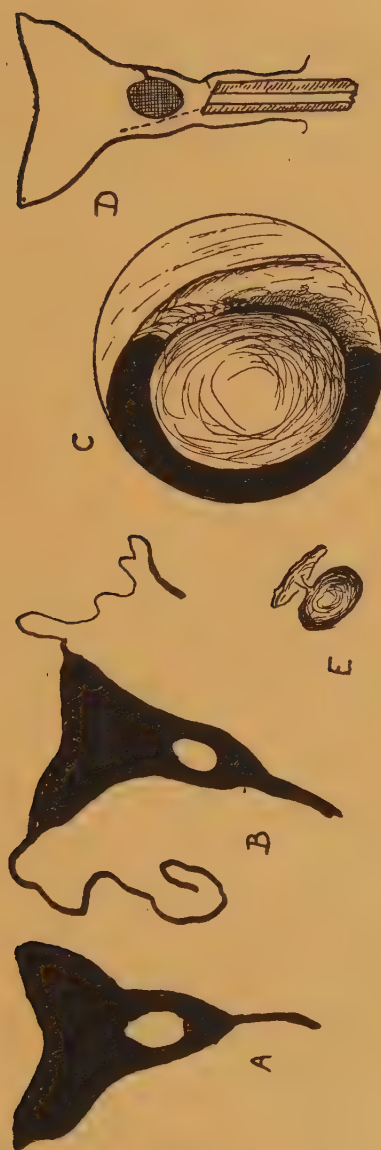


Fig. 6 — Cas Jac., 42 ans. — Polype muqueux enlevé par curetage.

une formation ovale, rouge, lisse, vient se placer dans le champ de l'hystéroscope ; elle bouge quand on provoque des remous ; un peu au-dessous on voit la muqueuse plus pâle de l'orifice interne du col (C et D, fig. 6).

Le diagnostic de polype muqueux est posé et l'on fait un curettage aussitôt après l'hystéroscopie. Le premier coup de curette ramène le polype avec son implantation (E, fig. 6).

L'examen histologique répond : polype muqueux. Suites favorables.

OBSERVATION VII

M^{me} Jom..., 44 ans, entre le 21 octobre 1936 pour des métrorragies avec expulsion de caillots.

Les règles ont manqué en avril et en juin ; les dernières règles ont eu lieu du 10 au 12 septembre. Une métrorragie s'est produite du 16 au 20 septembre, puis une autre à partir du 30 septembre.

L'examen révèle un gros utérus dur en ante-version ; le corps est globuleux, plus développé à droite qu'à gauche. Il existe un petit polype muqueux du col.

L'hystérographie est pratiquée le 14 octobre.

Quand la pression est à 3 centimètres de mercure on voit une tache ovale à l'angle inférieur, tache de la taille d'une noisette et on en suspecte une deuxième à l'angle supérieur droit (A, fig. 7). Quand la pression atteint 7 centimètres, il y a passage tubaire et les deux lacunes ont disparu (B, fig. 7).

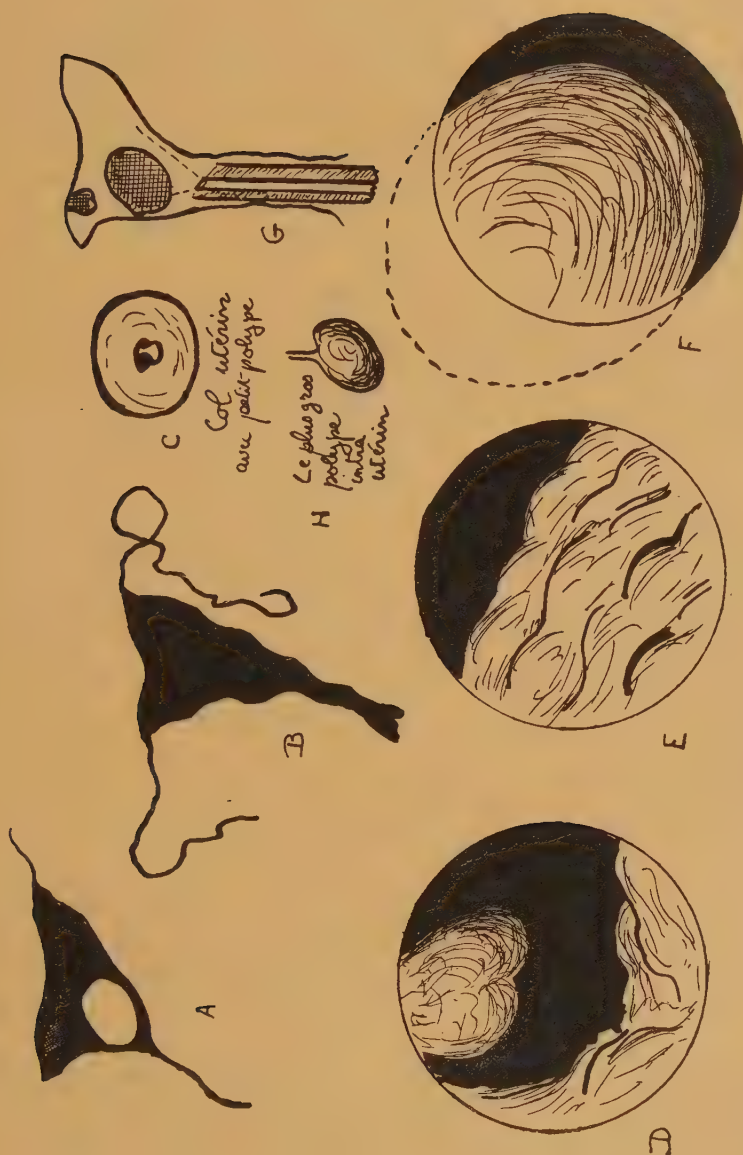


Fig. 7. — Cas Jom., 44 ans. — Polype muqueux enlevé par curetage.

Hystérocopie le 16 octobre : au niveau du fond, un petit polype est visible (D, fig. 7) ; à 1 centimètre du fond la muqueuse est boursoufflée (E, fig. 7) ; à 3 centimètres du fond on aperçoit un gros polype dont on ne peut voir à la fois que les deux tiers dans le champ de l'hystéroscope. Il siège sur la paroi antéro-latérale droite (F, fig. 7).

Biopsie de la muqueuse utérine et du polype du col.

Un curettage le 20 octobre ramène une muqueuse épaissie et un gros polype muqueux.

Suites favorables, la malade sort le 26 octobre.

Cette dernière observation met en évidence l'utilité de l'hystérocopie qui a permis de dépister un deuxième polype, que l'hystérographie n'avait pu affirmer de façon précise et qui a montré l'état de la muqueuse.

Voici maintenant une observation de polype placentaire.

OBSERVATION VIII

M^{me} Hel..., entre le 22 juin 1936 pour un retard de règles de quelques jours, et l'apparition huit jours après ses règles d'une perte de sang. Elle entre à l'hôpital perdant encore.

Cette métrorragie s'arrête ; puis reprend au moment où la malade allait sortir.

Le toucher vaginal met en évidence un utérus mou, augmenté, un col un peu mou.

On décide alors de faire un radio-lipiodol le 13 juillet 1936. L'examen sous écran met en évidence de très fortes contractions utérines traduites par des montées et des descentes brusques de l'aiguille manométrique. Les clichés montrent une image lacunaire qui est peut-être un caillot. Pas de passage tubaire même après des contractions utérines évidentes.

Un autre cliché pris à P. S. = 5 montre seulement

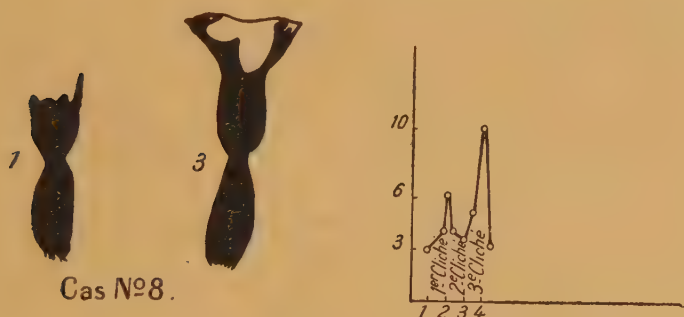


Fig. 8. — Cas Hel. — Polype placentaire.

la partie inférieure de la cavité utérine. Celle-ci n'est dessinée entièrement qu'après une contraction utérine et avec persistance d'une lacune du fond de contours réguliers avec deux lobes (fig. 8).

Étant donné la métrorragie, on pense à une image de caillot et on décide de refaire ultérieurement une autre hystérographie.

Mais entre temps, la malade avoue des manœuvres abortives et on pratique, le 16 juillet, le curettage. Celui-ci retire des débris dont l'examen histologique révèle la présence de villosités choriales.

Ces images ressemblent assez à celles du polype et nous avons voulu donner cette observation pour montrer la particularité caractéristique de ces cas, la contractilité utérine très vive seul élément permettant la différenciation entre polype et débris placentaires.

OBSERVATION IX

M^{me} Lav..., 38 ans, entre à l'hôpital Broca le 8 juin 1935 pour des ménorragies depuis deux ans.

Ses règles sont très abondantes, prolongées durant une dizaine de jours ; elles s'accompagnent d'élimination de caillots et de douleurs dans l'hypogastre et les lombes apparaissant dès le deuxième jour des règles.

En outre, à l'occasion de voyages, la malade a présenté quelques pertes sanglantes peu abondantes.

L'examen montre un utérus gros dans l'axe du vagin, un col ulcéré, avec une lésion suspecte de la paroi antérieure du canal cervical.

Un lipiodol, fait le 12 juin, met en évidence une cavité agrandie présentant une encoche du fond utérin, lacune de contours nets qui fait poser le diagnostic de polype fibreux du fond.

L'intervention est pratiquée le 25 juin. On fait une hystérectomie vaginale après section médiane de l'utérus jusqu'à l'isthme. Conservation des annexes avec ligature des pédicules. Pince à demeure sur la base des ligaments larges.

Cette observation met en évidence le fait qu'une lésion associée, commande une hystérectomie, en l'espèce ici une ulcération suspecte du col.

OBSERVATION X

M^{me} Bon..., 63 ans, entre le 14 octobre 1935, à l'hôpital Broca, pour des métrorragies.

Le début remonte au mois de juillet où la malade présente une perte de sang peu abondante pendant une journée. Depuis toutes les trois semaines environ, elle perd du sang en petite quantité sans caillot. Ces métrorragies ne sont pas fétides ; elles ne sont pas provoquées ; elles s'accompagnent d'hyrorrhée légèrement teintée de sang.

Depuis le 4 octobre, la malade a une petite hémorragie qui dure encore.

L'examen révèle un col petit et fermé, aisément mobile. L'épaisseur de la paroi abdominale empêche de sentir le corps utérin.

Une hystérographie faite le 16 octobre met en évidence une large lacune à bords nets et réguliers, donnant à l'image utérine l'aspect d'un fer à cheval.

Étant donné l'âge de la malade et bien que l'image soit celle d'un polype, on intervient pour une hystérectomie.

La malade est opérée le 23 octobre.

Incision médiane sous-ombilicale. L'utérus est petit, situé profondément au fond du petit bassin, ne se laissant pas attirer vers le haut probablement en raison

du caractère atrésique du vagin. De ce fait l'hystérectomie apparaît comme devant être particulièrement difficile et on renonce à faire une totale. Hystérectomie subtotale par le procédé de Terrier très difficile. Hémostase difficile.

L'ouverture de la pièce montre un cancer du corps utérin.

Nous avons donné cette observation qui n'est pas celle d'un polype utérin pour montrer d'abord la difficulté du diagnostic dans certains cas et surtout l'intérêt qu'il y a à toujours examiner les pièces opératoires si l'on ne veut pas s'exposer à des surprises regrettables.

CONCLUSIONS

Nous pouvons tirer de ce travail, les conclusions suivantes :

1° La clinique ne permet, le plus souvent, que de soupçonner l'existence de polypes intra-cavitaires de l'utérus.

2° Les procédés classiques d'exploration intra-utérine, hystérométrie et surtout toucher intra-utérin ne sont habituellement pas suffisants pour étayer le diagnostic; ils sont parfois même impossibles à employer.

3° L'hystérogaphie au lipiodol permet, au contraire, de préciser l'existence du polype, son siège, son volume, son mode d'implantation; on peut en tirer argument sur sa nature.

4° L'hystéroscopie, bien que nous n'en ayons pas une expérience suffisante peut donner toutefois un complément utile d'information, en confirmant certains caractères du polype. Elle peut remplacer l'hystérogaphie quand celle-ci ne peut être pratiquée pour des raisons matérielles.

5° Ces deux procédés d'examen permettent d'orienter le curettage qui prend alors toute sa valeur.

6° Le traitement du polype isolé est essentiellement conservateur. Les polypes muqueux sont justiciables

d'un curetage. Les polypes fibreux seront opérés par hystérotomie vaginale, lorsque cette opération semble facile, par hystérotomie abdominale, quand la voie basse paraît peu sûre, s'il n'y a pas d'infection et si le polype est assez volumineux. L'hystérectomie sera réservée aux polypes associés à d'autres lésions qui la commandent.

Nous espérons avoir montré que grâce aux progrès des moyens d'exploration on peut arriver au diagnostic précis des polypes intra-cavitaires de l'utérus, autorisant l'ablation de la tumeur tout en respectant l'utérus.

VU :

Le Président de thèse,

P. MOCQUOT.

VU :

Le Doyen,

ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAYARDELLE. — (Travail de la Salpêtrière.) L'hystérogaphie dans le diagnostic des métrorragies. *Thèse, Paris*, 1936.
- BÉCLÈRE (Claude). — Exploration radiologique de l'utérus et des trompes (Masson, éditeur).
- DERVILLE. — Le polype muqueux et son traitement. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, mars 1937, n° 39.
- DOR. — Tumeurs du corps de l'utérus. Radiodiagnostic lipiodolé. Rapport de J. Fiolle. *Bulletin et mémoires de la société de Chirurgie de Marseille*, 9 mai 1932, t. VI, p. 185.
- Polype intra-utérin. Radiodiagnostic lipiodolé. *Bulletin et mémoires de la société de Chirurgie de Marseille*, 10 avril 1933, t. VII, p. 200.
- GIACCHÉ (Nicolas). — L'Hystérogaphie. Son rôle dans le diagnostic en gynécologie. *Gynécologie et obstétrique*, 1935.
- HAMANT et DURAND. — Hystéroscopie. *Revue de gynécologie et d'obstétrique de Paris*, n° 1, janvier 1936.
- MOCQUOT (P.). — Examen radiologique de la cavité utérine. *Revue de chirurgie*, 1925, p. 563.
- MOCQUOT (P.), PÁLMER, LEJEUNE et RIAZI. — Hystérogaphie au lipiodol avec contrôle manométrique vrai dans les pressions basses. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, juillet 1936.
- MOCQUOT (P.). — Polype intra-cavitaire de l'utérus enlevé par hystérotomie abdominale. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, novembre 1936.
- MOCQUOT (P.) et PALMER. — Polypes intra-cavitaires de l'utérus. *Paris médical*, 19 décembre 1936.
- OUMANSKY (E.). — Examen radiologique de l'utérus et des trompes. *Thèse Paris*, 1926.
- PROUST et BÉCLÈRE. — De l'intérêt de l'examen radiologique après injection de lipiodol dans le diagnostic des métrorragies. *V^e Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique* Lyon, 29 septembre 1927 ; in. *Gynécologie et Obstétrique*, t. LXXXVI, n° 5.
- PROUST et PALMER. — Recherche sur l'hystérogaphie sans passage

tubaire. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, mai 1936.

SECOND. — (Travail du Service du Dr L. Bazy). L'hystéroscopie.
Gazette médicale de France, 15 mars 1935.

TOURNEUX. — Polype muqueux de l'utérus. *Concours médical*,
26 décembre 1920.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	11
CHAPITRE I. — Symptomatologie	15
CHAPITRE II. — Hystéroggraphie.	19
CHAPITRE III. — Hystéroscopie.	29
CHAPITRE IV. — Traitement.	36
CHAPITRE V. — Observations	41
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

